

PROGRAMA WIC DE NUEVA JERSEY
DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL PARTICIPANTE - FORMULARIO DE FIRMA DE CERTIFICACIÓN Y RECERTIFICACIÓN

Fecha de certificación actual _____ Representante autorizado _____ Número de identificación familiar _____

El participante/representante autorizado debe leer la siguiente información:

DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS PARTICIPANTES

- Las normas de elegibilidad y participación en el programa WIC son las mismas para todas las personas, independientemente de su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.
- Puede apelar cualquier decisión tomada por la agencia local con respecto a su elegibilidad para el programa dentro de los 60 días posteriores a la decisión.
- La agencia local pondrá a su disposición servicios de salud, educación nutricional y apoyo a la lactancia, y se le recomienda que participe en ellos.
- WIC comparte información sobre certificación y control de vacunación con programas de servicios sociales y salud que brindan servicios a los participantes de WIC para determinar si califican para estos programas y con fines educativos y de divulgación. La información se puede compartir con el Sistema de Información sobre Vacunación de Nueva Jersey (New Jersey Immunization Information System, NJIIS), Medicaid, el Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), el Programa Head Start, los Centros de Salud Federalmente Calificados y con su proveedor de atención médica.
- WIC puede compartir información de certificación con fines de investigación para demostrar de qué manera WIC ayuda a mejorar los servicios y las vidas de los participantes.

Se me informaron mis derechos y obligaciones en virtud del Programa:

- Certifico que la información que he proporcionado para mi determinación de elegibilidad es correcta, según mi leal saber y entender. Este formulario de certificación se envía en relación con la recepción de asistencia federal. Los funcionarios del programa pueden verificar la información en este formulario. Entiendo que hacer una declaración falsa o engañosa de manera intencional, o tergiversar, ocultar o retener hechos intencionalmente puede resultar en el pago, en efectivo, a la Agencia Estatal del valor de los beneficios de alimentos emitidos indebidamente a mí y puede someterme a un proceso civil o penal en virtud del estado y de la ley federal.
- Entiendo que es ilegal estar inscrito en más de una clínica de WIC al mismo tiempo, ya sea en Nueva Jersey o en otro estado.
- El incumplimiento de las obligaciones y regulaciones de WIC puede resultar en sanciones o inhabilitación para participar en WIC por hasta un año.
- Comprar, vender o hacer un mal uso de los beneficios (beneficios de alimentos, leche de fórmula, extractores de leche, tarjeta eWIC) es un delito.

CONSENTIMIENTO DE ANÁLISIS DE LABORATORIO: Doy mi consentimiento para que WIC recopile la altura, el peso y los análisis de sangre para este participante Sí No

REPRESENTANTE/APODERADO ALTERNATIVO Completado Pospuesto (no le interesa en este momento) En archivo
 AUTORIZADO:

Participante o representante autorizado (firmar aquí) _____ Fecha _____

DOCUMENTACIÓN DE ELEGIBILIDAD: Verifique si el participante recibe TANF SNAP MC (verificado por Solicitud de MC o REVS); o de lo contrario, indique el comprobante de ingresos a continuación (actualice el archivo del sistema WOW con el tipo correcto de documentación de ingresos).

Comprobante de ingreso _____ Prueba de residencia _____ Tamaño de unidad económica _____

Monto de ingresos _____

Personal que documentó la elegibilidad de ingresos (escriba el nombre en letra de imprenta aquí) _____ Firma del personal _____

Registro de vacunación

ESTADO: Emb. (P) Lact. (B) No lact. (N) Inf. (I) Niño (C)
 Nuevo Recertificación Sí No N/C

Registro de vacunación

ESTADO: Emb. (P) Lact. (B) No lact. (N) Inf. (I) Niño (C)
 Nuevo Recertificación Sí No N/C

Nombre del participante _____ Fecha de nacimiento _____

N.º de identificación de WIC _____

Prueba de identidad _____

ALTURA _____ pulgadas Parado Recostado

PESO _____ libras _____ onzas.

Hemoglobina _____ mg/dl Hematocrito _____ %

Se adjunta formulario de referencia _____ Iniciales del personal

Este solicitante es elegible ¿Estuvo presente el participante?

Sí No

Sí No

Autoridad profesional competente que determina el riesgo nutricional/médico:

Nombre en LETRA DE IMPRENTA _____

Firma de la CPA _____ Fecha _____

Nombre del participante _____ Fecha de nacimiento _____

N.º de identificación de WIC _____

Prueba de identidad _____

ALTURA _____ pulgadas Parado Recostado

PESO _____ libras _____ onzas.

Hemoglobina _____ mg/dl Hematocrito _____ %

Se adjunta formulario de referencia _____ Iniciales del personal

Este solicitante es elegible ¿Estuvo presente el participante?

Sí No

Sí No

Autoridad profesional competente que determina el riesgo nutricional/médico:

Nombre en LETRA DE IMPRENTA _____

Firma de la CPA _____ Fecha _____

CPA: Si un participante no es elegible o se coloca en la lista de espera, complete el formulario de Aviso de inelegibilidad. Mantenga una copia en el archivo del participante.

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el [Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA](#), (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.